Ueber

atheromatöse Cysten am Halse.

Inaugural - Dissertation.

Verfasst und der

Hohen medizinischen Facultaet

der

kgl. bay. Julius-Maximilians-Universitaet zu Würzburg

zur Erlangung der Doctorwuerde

in der Medizin, Chirurgie und Geburtshuelfe

vorgelegt von

Wilhelm Lüsse, approb. Arzt

aus Enkesen, Westfalen.

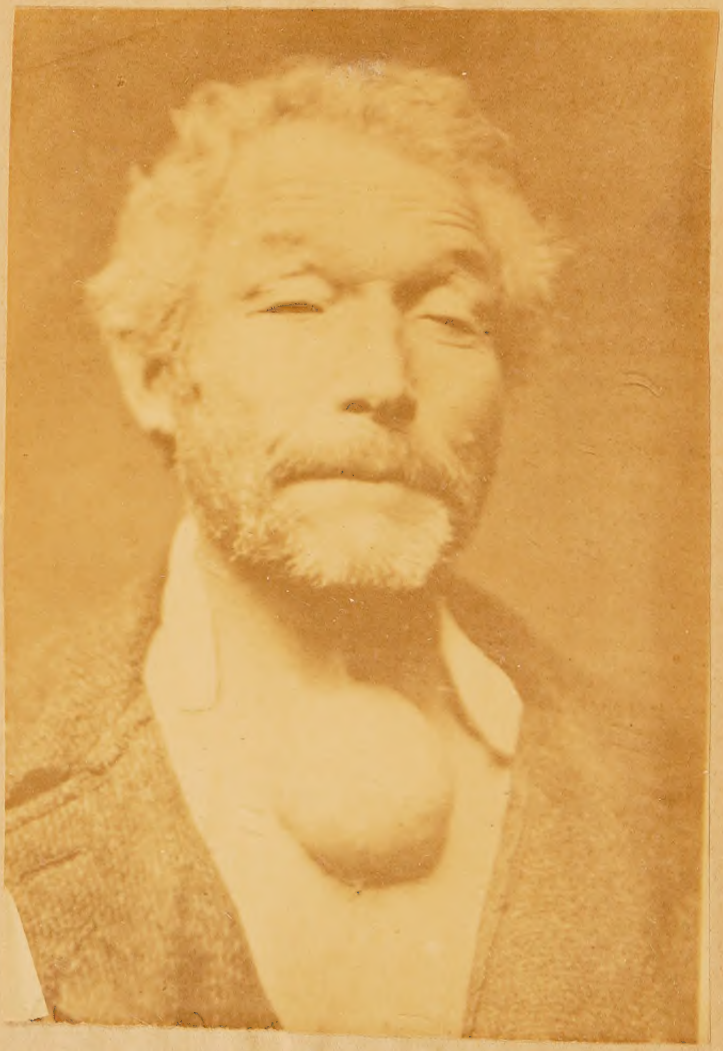
Nebst einer Abbildung.

Referent: Herr Hofrat Prof. Dr Maas.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.



Unter Atheromen versteht man insgemein Cysten, deren Inhalt ein Schmier, Brei, Grütze, griech. ἀθήρα ist. Dieser Brei besteht aus Epithelien, Cholestearinkrystallen, Fetttröpfchen und Fettkrystallen, eine Zusammensetzung, die uns bei dem Sitze der Cysten gleich an ihre Genese denken lässt. Obgleich nämlich in Gurlt's Statistik neben 105 Gesichtsatheromen nur 45 Schädelatherome aufgezählt sind, so ist es doch wohl nicht zweifelhaft, dass die meisten Atherome an der behaarten Kopfhaut, einer Gegend, wo verhältnissmässig mehr Haare sind, als an irgend einem anderen Körperteil, vorkommen und hat ersterer Umstand vielleicht nur darin seinen Grund nach Heinecke, dass Gesichtsatherome häufiger im Spital, Kopfatherome häufiger ambulant behandelt werden.

Man schliesst deshalb wohl nicht fehl, wenn man annimmt, dass sie mit den Haaren in einem näheren Zusammenhang stehen. Und dem ist auch so. Sind die Mündungen der Haarbälge durch irgend etwas verstopft, so werden diese durch die Ansammlung von abgesonderten Talgdrüsen und abgestossenen Epithelien mechanisch dilatirt. Diese mechanische Dilatation wirkt ihrerseits wieder entzündungserregend und veranlasst so das weitere Wachstum der Geschwulst. Wenn nun allerdings auch in den meisten Fällen von einer Mündung des Haarbalges nichts mehr zu sehen ist, der Zusammenhang mit einem Haarbalg nicht mehr nachgewiesen werden kann, so ist ein solches Zustandekommen doch sehr wahrscheinlich und hat Virchow diese Atherome nach dem Orte ihrer Entstehung mit dem Namen Follicularcysten bezeichnet und sie nach der Art ihrer Entstehung unter die Kategorie der Retentionscysten subsumirt.

Im Gegensatz zu diesen Atheromen kommen in seltenen Fällen am Halse Cysten vor, die ihres Inhalts wegen auch als atheromatöse Cysten bezeichnet werden, deren Sitz — sie sitzen nämlich immer in der Tiefe unter der Haut — aber schon anzeigt, dass sie mit den Hautfollikeln nichts zu thun haben, also auch mit den Follicularcysten nicht zusammengeworfen werden dürfen.

Da dieselben nun manches Interessante bieten, mir es durch die Güte des Priv.-Doc. Herrn Dr. Riedinger auch vergönnt ist der Reihe der bisher bekannten Fälle einen neuen hinzuzufügen, der im Wintersemester 1882—83 auf der hiesigen chirurgischen Klinik zur Behandlung kam, so werde ich, trotzdem schon vor mir eingehende und sehr ausführliche Abhandlungen über dasselbe Thema erschienen sind, den Bau, die muthmassliche Entstehung, Symptome und Behandlung dieser sogen. atheromatösen Cysten kurz auseinandersetzen. Anschliessend hieran werde ich den obenerwähnten Fall mitteilen und dann soweit mir die Litteratur zu Gebote steht, die bekannt gewordenen Fälle zusammenstellen.

Vorerst aber sei es mir gestattet, Priv.-Doc. Herrn Dr. Riedinger für die gütige Mitteilung der Krankengeschichte und für die Freundlichkeit, mit der er mir durch Rat und That bei der Abfassung dieser Arbeit zur Seite gestanden hat, auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Wie fast alle Cystengeschwülste des Halses ohne Ausnahme, so haben auch die atheromatösen Cysten ihren Sitz in der vorderen Halsgegend, d. h. in jenem Raum, der seitlich von den beiden mm. sternocleidomastoidei begrenzt, nach oben von der mandibula, nach unten vom sternum und von der clavicula abgeschlossen wird. In den meisten Fällen sieht man sie bald auf der einen, bald auf der anderen Seite dicht am vorderen Rande des m. sternocleidomastoideus in wechselnder Höhe ihren Ursprung nehmen, selten kommt es vor, dass die Medianlinie in mehr oder minderer seitlicher Ausdehnung von ihnen eingenommen wird.

Gehen wir nun dazu über, die atheromatösen Cysten hinsichtlich ihres Baues näher zu betrachten, so geht zuerst aus allen Beobachtungen, die vorliegen, hervor, dass die Cysten immer einkammerig sind. Bei der Beschreibung der Wand dieser Kammern halte ich mich an Schede,*) der in drei Fällen dieselbe genauer untersucht und beschrieben hat. Mit allen andern Untersuchern stimmt Schede darin überein, dass die Kapsel aus Bindegewebe besteht. In 2 Fällen war dieses Bindegewebe aus 2 Schichten zusammengesetzt, denen dann innen Pflasterepithel aufsass. Die äussere Lage zeigt ein grobes, loses Maschenwerk, nimmt nach innen zu eine regelmässigere Gestalt an dadurch, dass es zur Bildung von starken, wellig verlaufenden Bindegewebsbündeln kommt, die sich concentrisch über einander schichten. Dieser äusseren gröberen Bindegewebslage folgt nun ein feines fibrilläres Bindegewebe, dessen concentrische Schichten dicht aufeinander liegen. Bindegewebskörperchen wurden nur selten gefunden, eine zellige Infiltration zeigte sich nirgends. Von feinen elastischen Fasern wurde das Bindegewebe hingegen vielfach durchzogen.

Die Blutgefässe, dünn und überall gleichmässig verteilt, waren ziemlich sparsam vertreten und reichten nach innen bis an das Pflasterepithel, welch letzteres, wie oben schon gesagt, mässig geschichtet die innere Auskleidung der Kapsel besorgte.

Lassen wir Schede nun mit seinen eigensten Worten weiter berichten:

„Die tieferen Schichten dieses Pflasterepithels setzten sich teils aus länglich runden, meist aber aus deutlich spindelförmigen Zellen, mit kurzen, fadenförmigen Fortsätzen zusammen, welche senkrecht zur Oberfläche der Cystenwand standen. Die Kerne, die besonders nach Carminbehandlung schön hervortraten, waren z. T. länglich und dann granulirt und ohne deutliche Kernkörperchen, meistens aber rundlich, die mittlere Partie der Zelle vollkommen ausfüllend, und dann hell und durchsichtig und mit deutlichen Kernkörperchen versehen. — Versuchte man die Epithellage durch

*) Archiv für klinische Chirurgie, Bd. XIV. S. 1. u. ff.

Zerzupfen von dem Mutterboden zu trennen, so blieb häufig die unterste Zellenschicht stehen; man sah dann deutlich, wie diese und die nächste Lage mit ihren jetzt scharf hervortretenden spitzen Fortsätzen so genau in einander gegriffen hatten, wie die Zacken zweier Zahnräder. Weiter nach der inneren Oberfläche zu folgten nun etwas grössere, mehr rundliche Zellen mit schwach granulirtem Plasma und einem grossen hellen Kern. Noch weiter nach innen wurden die Zellen queroval, um sich dann immer mehr abzuflachen und schliesslich zu ganz dünnen Hornblättchen zu werden. Bis hierher liess sich eine 6—10fache Zellenlage unterscheiden. Das Hornstratum hat eine sehr wechselnde Stärke, war einmal ziemlich dünn und erreichte an anderen Präparaten die doppelte Dicke der übrigen Epithellagen. Bekam man die oberste Schicht der Fläche nach zur Anschauung, so zeigte sie sich aus grossen, polygonalen Platten mit gut erhaltenem Kern zusammengesetzt."

Einen ganz anderen Bau zeigte die dritte der von Schede beschriebenen Cysten. Doch kommt er schliesslich zu der Ansicht, dass alle aufgeführten Abweichungen (l. c. S. 7—9) nur von der entzündlichen Reizung der Cystenwand durch Jodtinctur herrührten, dass die beiden anderen Cysten (von ihm als 2. und 3. Beobachtung bezeichnet,) normal gewesen sind.

Es ist nun nicht gesagt, dass alle anderen atheromatösen Cysten so ganz genau im Bau mit diesen von Sch. beschriebenen übereinstimmen, es liegt auch überhaupt keine so genaue Beschreibung Seitens anderer Beobachter vor, alle stimmen nur darin überein, dass diese Cysten eine bindegewebige Kapsel haben, deren Innenfläche Pflasterepithel aufsitzt. Wahrscheinlich ist es jedoch, dass alle diese s. g. atheromatösen Cysten denselben Bau haben, wenn nachgewiesen werden kann, dass ihr Ursprung ein und derselbe ist. Und da kommen wir dann zur Frage der Entstehung dieser Cysten.

In seinem Lehrbuche der chirurgischen Anatomie sagt Roser: „Seit einer Reihe von Jahren bin ich auf eine besondere Art von Halscysten aufmerksam geworden, welche

ich Kiemengangcysten nenne. Diese Cysten scheinen nämlich aus einem in die Länge gezogenen Kiemengang, welcher sich an seinen beiden Enden obliterirt hat, ähnlich wie durch Verschliessung beider Enden des Scheidenkanals am Hoden die Hydrocele des Samenstranges entsteht, abgeleitet werden zu müssen. Wenn sich der Kiemengang, anstatt zu verschwinden, beim Wachsen des Foetus in die Länge zieht, so hat man die angeborene Halsfistel. Obliterirt er nun an seinem oberen Ende, so bekommt man eine Cyste mit enger Mündung, also eine Cystenfistel. Letztere ist auch schon künstlich erzeugt worden, wenn man eine geschlossene Cyste dieser Art eröffnete und dann durch lappenförmige Ueberhäutung des Loches eine Fistel zurückblieb. Schon mancher wunderte sich über die Hartnäckigkeit solcher Fisteln in der Kehlkopfs- und Zungenbeingegend; wenn man ihre Natur kennt, findet man diese Hartnäckigkeit begreiflich. — Die Therapie derselben besteht in der Ausschälung."

So weit Roser. Vergleicht man hiermit nun den Sitz der atheromatösen Cysten am Halse, so kommt einem der Gedanke ganz plausibel vor, dass auch diese zu der Art von Cysten gehören, von denen Roser spricht. Ob nun alle Cysten mit serösem, schleimigen oder atheromatösen Inhalt, die den Kiemenspalten entsprechend sitzen, als im wesentlichen gleichartige Bildungen, wie Schede will, aufzufassen sind, das will ich dahingestellt sein lassen, jedenfalls haben die atheromatösen Cysten gerade in solchen Gegenden ihren Sitz, die den 4 Kiemenbögen analog sind, so dicht vor dem äusseren Gehörgange der ersten Kiemenspalte entsprechend, dann in der Submaxillargegend, in der Höhe des Zungenbeins an Stelle der 2. und 3. Kiemenspalte, diese Gegend am meisten bevorzugt, schliesslich etwas mehr unten entsprechend dem Sitze der 4. Kiemenspalte durch eine Einstülpung des äusseren Keimblatts entstehend. Hier sind diese Cysten allerdings selten. Ich habe aber doch ausser dem von mir unten beschriebenen noch einen Fall in der Litteratur aufgezeichnet gefunden. Und zwar war derselbe ebenso wie der meinige gerade dadurch ausgezeichnet, dass

der Sitz genau in der Medianlinie war. Zur Erklärung der Entstehung gerade an dieser Stelle wird man mit Bidder*) der diesen Fall veröffentlicht hat, wohl annehmen müssen, „dass das 4. Kiemenbogenpaar, in der Mittellinie zusammentreffend, nur an den Rändern der Berührungsflächen, nicht in der Mitte verwachsen ist, oder dass diese Vereinigung mit der ersten Anlage der vorderen Brustwand keine ganz vollständige wurde und dadurch der Keim zur Cystenbildung gelegt war.“ Die seitlich liegenden Cysten entstehen natürlich an Stelle einer Kiemenspalte.

Es ist also sehr wahrscheinlich, dass diese atheromatösen Cysten congenitalen Ursprungs sind, eine Auffassung, die so ziemlich von allen Autoren geteilt wird. So schliesst sich Schede**) hinsichtlich der 3 von ihm beschriebenen Fälle derselben Ansicht an und führt, nachdem er für die serösen Cysten, die er „im Wesentlichen als den atheromatösen Cysten gleichartige Bildungen“ ansieht, Heusinger und Lücke citirt hat, der Ansicht Virchow's an, der in einer Mitteilung über „ein tiefes, auriculäres Dermoid des Halses“ (in dessen Archiv, 35, S. 208) für „manche sogenannte Atherome des Halses“ eine gleiche Entstehung in Anspruch nimmt. Er (Virchow) schlägt den allgemeinen Namen „Geschwülste der Kiemenspalten“ vor.

Was nun die Symptome und Erscheinungen anlangt, die diese Geschwülste verursachen, so klagen in den meisten Fällen die Patienten nur über die Entstellung, die dadurch hervorgerufen wird. Manche Cysten werden jedoch auch durch ihre Grösse, durch die Athem- und Schlingbeschwerden, nicht minder durch Schmerzen, die in ihrem Gefolge auftreten, lästig. Zum Vorschein kommen sie meist von frühester Jugend an bis zur Pubertätszeit, höchstens bis zu den dreissiger Jahren hinauf.

Fragt man sich nun, wie diese atheromatösen Cysten behandelt werden sollen, so scheint einem das nächstliegendste zu sein, sie zu exstirpiren. Es ist selbstverständlich, dass

---

*) Archiv für klinische Chirurgie Bd. XX. S. 434 u ff.

**) Archiv für klinische Chirurgie Bd. XIV. S. 14.

die Operation in dieser Gegend wegen der Nähe der grossen Gefässe keine leichte ist, dass der Operateur vor allem auf dem Gebiete der topographischen Anatomie des Halses zu Hause sein muss. Wenn nun aber, wie Schede (l. c. S. 20) anführt, ein Dieffenbach die Exstirpation einer Atheromcyste im Verlaufe der Operation als zu schwierig und gefährlich wieder aufgab, ein v. Langenbeck*) bei der Exstirpation derselben Cyste dann die v. jugularis communis verletzte, — allerdings wurde die Patientin noch glücklich geheilt — ein R. Wilms**) von der völligen Entfernung einer Gänseei grossen Geschwulst wegen zu fester Verwachsung derselben mit den Nachbarteilen abstehen musste, Männer, die zu unseren bedeutendsten Chirurgen zählen, so ist es wohl nicht zu verwundern, dass man schliesslich vor der Exstirpation zurückschreckte. Esmarch hat deshalb die Punction mit nachfolgender Jodinjection vorgeschlagen. Als Vorzüge seiner Methode führt derselbe***) an, dass die Jodinjection ein gefahrloses und sehr wirksames Verfahren sei. Zudem hinterlasse sie nicht, wie die Exstirpation, eine nicht unbedeutende Narbe, ein Umstand, der doch für das weibliche Geschlecht keineswegs gleichgültig sei. Esmarch hat, wie er selbst sagt, die besten Erfolge mit seiner Methode erzielt. Das mag ja nun meistens richtig sein. So viel ist indessen aber doch auch gewiss, man weiss nie sicher, wie gross die Entzündung, die durch die Jodinjection gesetzt wird, werden wird, ob sie gerade immer bis zur Verödung des Sackes reicht, ob sie nicht vielleicht einmal zu gering ausfällt, so dass wieder eine Ansammlung des Inhaltes sich vollzieht, oder im anderen Falle über das Maass hinausschreitet und so zu gefährlichen Entzündungen am Halse Veranlassung gibt. So habe ich gerade einen Fall im Auge, der von F. Busch†) berichtet wird. In demselben trat nach der Jodinjection eine Spontanperforation ein und der Sack stiess sich durch Eiterung aus. Diese Eiterung war

*) Archiv für klinische Chirurgie Bd. I. S. 25.
**) Annalen des Charité-Krankenhauses 1854, S. 370.
***) Archiv für klinische Chirurgie Bd. XIX. S. 224 u. ff.
†) Archiv für klinische Chirurgie Bd. XIII.

doch gewiss nicht unbedenklich und es entstand dann doch jedenfalls auch eine Narbe und zwar wahrscheinlich eine entstellendere, als sie in Folge einer glatten Schnittwunde entsteht. Das kosmetische Moment fiel also in diesem Falle ganz fort.

Hält man dem nun entgegen, dass von anderer Seite wieder von Exstirpationen berichtet wird, die ganz leicht und ohne irgend welche gefährliche Nebenumstände ausgeführt wurden, zieht man ferner in Betracht, dass frische Cysten d. h. solche, bei denen noch kein therapeutischer Eingriff stattgefunden hat, gar nicht oder doch nur lose mit den Gefässscheiden verbunden sind, sie also für die Exstirpation keine Schwierigkeit bieten, eine solche hingegen die Exstirpation nach Schede (l. c. S. 22) aller Wahrscheinlichkeit nach nur in den Fällen macht, „wo in Folge vorhergegangener Eingriffe, Punctionen, Injectionen reizender Flüssigkeiten, Einlegen von elastischen Kathetern, Incisionen, Haarseilen etc. eine stärkere Entzündung hervorgerufen und dadurch eine festere Verwachsung mit der Umgebung künstlich herbeigeführt wurde," so ist es meiner Ansicht nach unter allen Umständen geboten, die Exstirpation vorzunehmen und dieselbe nicht durch einen etwaigen Versuch der Injection mit Jodtinctur, wobei ein Misslingen nicht ausgeschlossen ist, sehr zu erschweren oder vielleicht unmöglich zu machen.

Ich beginne nun die Casuistik mit der Mitteilung der mir von Herrn Dr. Riedinger gütigst zur Verfügung gestellten Krankengeschichte. Zugleich ist eine Abbildung beigefügt, die Herr Dr. Riedinger durch einen hiesigen Photographen aufnehmen liess.

Seb. Heiduck, 55j. Dienstknecht, lässt sich am 5. Januar 1883 in die chirurgische Klinik zu Würzburg aufnehmen. Derselbe klagt über eine Geschwulst am Halse, die er schon von Jugend auf gehabt, von der er sich aber nicht mehr erinnert, wann sie zuerst aufgetreten ist. Schmerzen hat er nie gehabt, auch machte ihm die Geschwulst keine Beschwerde, so dass er kein Bedürfniss gehabt hat von ihr befreit zu werden. Im letzten Jahre jedoch ist sie immer grösser geworden und flösst ihm durch

ihr Wachstum Besorgniss ein. Er stellt sich desshalb am 5. Januar 1883 Herrn Dr. Riedinger vor.

Bei der Inspection zeigt sich in der vorderen Halsgegend ein ungefähr faustgrosser Tumor. Derselbe befindet sich gerade in der Medianlinie, sitzt dicht über der incisura semilunaris sterni und ist überall von weich-elastischer Consistenz. Man musste also an eine Cyste denken mit mehr oder weniger flüssigem Inhalt. Bei dem Sitze der Geschwulst konnte es eine cystoid entartete struma sein, es konnte aber auch eine s. g. Atheromcyste des Halses vorliegen, die allerdings selten in der Medianlinie und noch seltener so tief unten am Halse zu sitzen pflegen. Trotzdem wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Atheromcyste des Halses gestellt.

Am 9. Januar 1883 nahm Herr Dr. Riedinger die Exstirpation des Tumors vor. Durch einen Schnitt von oben nach unten über die Mitte der Geschwulst drang er durch die Haut und das platysma myoides bis auf den Balg der Cyste vor. Bei der weiteren Exstirpation zeigte sie sich ziemlich fest mit der Unterlage verwachsen, doch wurde sie ohne grössere Blutung allseits ausgeschält. Der Inhalt der Cyste war ein atheromähnlicher Brei, bestehend aus Epithelien, Fetttröpfchen und Cholestearinkrystallen. Die durch die Exstirpation gesetzte Wunde wurde mit Carbol ausgespült, dränirt und vernäht; sie heilte per primam intentionem, so dass Patient am 27. Januar 1883 als geheilt entlassen werden konnte.

Ich lasse jetzt die in der Litteratur angeführten Fälle folgen und beginne zuerst mit denen von Gurlt*) zusammengestellten.

1. **L. C. Loder** (Chirurg.- medic. Beob. Weimar 1794. Bd. 1. S. 223. Beob. 51) exstirpirte bei einer Bauernfrau eine bewegliche, apfelgrosse Breigeschwulst auf der rechten Seite des Halses, die bis zum grossen Horn des Zungenbeines ging, welches während der Operation nicht nur gefühlt, sondern auch deutlich gesehen werden konnte. Die sehr beträchtliche Blutung wurde durch Druck und Arquebusade gestillt, die Wunde durch Eiterung in 5 Wochen geheilt.

2. **Naegele** (Brünninghausen, Ueb. d. Exstirpat. d. Balggeschwülste am Halse (s. S. 239) S. 51). Sehr grosse Balggeschwulst mit breiigem Inhalt; spontaner Aufbruch und allmähliche Entleerung derselben; Heilung. Bei einem

*) Gurlt, Ueber die Cystengeschwulste des Halses. Berlin 1855. S. 265—268.

starken Manne von ungefähr 30 Jahren, der vor etwa 10 Jahren eine Haselnuss grosse, bewegliche Geschwulst zwischen dem proc. mastoid. und dem Unterkieferwinkel bemerkt hatte, die trotz angewendeter zerteilender Mittel dennoch grösser geworden war und sich mehr gegen das Schlüsselbein nach unten gezogen hatte, fand N. dieselbe in der Grösse von 2 Fäusten, zum Teil unbeweglich, und die ganze Gegend vom proc. mastoid. bis zum Schlüsselbein einnehmend. Da N. die Exstirpation nicht vornehmen wollte, verordnete er ihm ein Pflaster. Einige Jahre später erfuhr er von dem Pat., dass sich im oberen Teile der Geschwulst eine Oeffnung von dem Durchmesser einer dicken Nadel gebildet hatte, durch welche beim Druck wenig dicke Materie ausfloss. Die Oeffnung vergrösserte sich bis zur Federkieldicke, der breiartige Inhalt floss leichter bei Druck aus, die Oeffnung heilte zu, und der Pat. wurde vollständig von der Geschwulst befreit.

3. **Thiele** (in Wismar) (in Rust's Magaz. f. d. ges. Heilk. (Bd. 9. S. 72). Atherom von mässigem Umfange; fast totale Exstirpation; Heilung nach sehr langer Zeit. Ein 19jähr. Mann hatte auf der linken Seite des Halses seit 3 Jahren eine anfänglich Haselnuss grosse Geschwulst, in welche 2mal ein Einstich zu machen (der beide Mal aber den Sack nicht getroffen zu haben schien) und die Wunde in Eiterung zu erhalten versucht worden war. — T. fand eine ovale, Taubenei grosse, leicht bewegliche, aber mit ihrer Basis fest aufsitzende Balggeschwulst zwischen dem Larynx u. m. sternocleidomastoideus, linkerseits. Gleichzeitig war ein Blutandrang nach dem Kopfe, mit Aufgetriebenheit des Gesichts, anhaltendem hartnäckigen Kopfschmerz, Schwäche des linken Auges und Flimmern vor demselben, Herzklopfen und manchmal Einschlafen des linken Armes mit Kraftlosigkeit desselben vorhanden. — Am 7. Dez. 1818 wurde durch einen Längsschnitt von ungef. 3" und einen queren von ungef. 2", nach Abpräparirung der 4 Hautlappen, die Geschwulst blosgelegt, das umgebende Zellgewebe mit dem Stiele des Messers und der Schneide getrennt, der Sack dabei mit einem feinen Arterienhaken angezogen. An der inneren oder rechten Wand fand sich aber die Textur des Sackes viel härter und knorpelartig, und eine starke Verwachsung mit den benachbarten Teilen, namentlich auch der Carotis interna, die man pulsiren fühlen konnte. T. machte nun, da wegen der festen Adhäsionen mit der Carotis und deren Begleitern eine totale Exstirpation nicht räthlich, einen Einschnitt in den Sack, wobei eine grützartige Masse hervorquoll, und schnitt nach Entleerung des Sackes

denselben bis auf die angewachsene Stelle mit einer gebogenen Scheere ab. Das Abends eingetretene Wundfieber hatte schon am zweiten Tage gänzlich aufgehört. Die Wunde eiterte mässig, allmählich kamen mit dem gutartigen Eiter einige filamentöse Stücke heraus, jedoch ging die Heilung äusserst langsam von statten, wobei sich immer noch in dem Eiter feine, fadenförmige Substanzen zeigten, bis endlich nach $1^1/_2$ Jahren eine feste Vernarbung, mit gänzlichem Verschwinden aller früheren Beschwerden, erfolgte.

4. **Ph. v. Walther** (in dessen u. v. Graefe's Journal der Chirurg. und Augenheilk. Bd. 4. 1822. S. 389) exstirpirte eine Balggeschwulst, welche unmittelbar auf dem Larynx sass, mit den Häuten desselben fest verwachsen, daher nur wenig verschiebbar, übrigens so gespannt und derb anzufühlen war, dass man vor der Operation ihre wahre Beschaffenheit nicht erkennen konnte, vielmehr sie für eine verhärtete Drüsengeschwulst halten musste. Sie enthielt eine breiartige Substanz und gehörte zur Klasse der Atherome.

5. **Adelmann** (in v. Walther u. v. Ammon's Journ. d. Chir. u. Augenheilk. Bd. 39. 1850. S. 190. Beob. 6). Ein blühendes 23jähr. Mädchen, 27. Januar 1842 in die chirurg. Klinik zu Dorpat aufgenommen, hatte eine zuerst vor 5 Jahren bemerkte Geschwulst am Halse, die von dem linken Ohrläppchen, das dadurch in die Höhe gehoben wurde, begann, an dem innern Rande des m. sternocleidomastoid. bis zur Höhe des Schildknorpels herabstieg, wo sie sich in die Tiefe senkte, so dass ihr Stiel nicht verfolgt werden konnte; sie war nicht ganz unbeweglich, und wurde ihre Beweglichkeit vermehrt, wenn Pat. den Kopf auf die rechte Seite wendete, wodurch jene von dem Drucke des m. sternocleidomast. gänzlich befreit wurde. Die Haut, von normaler Farbe, liess sich nur in geringem Grade von der Geschwulst abziehen; diese gab bei der Palpation das Gefühl einer Renitenz, als wenn ein fester weicher Körper in in ihr enthalten sei; Pulsation in oder an der Geschwulst nicht wahrzunehmen, Athembeschwerden waren nicht, und nur geringe Schlingbeschwerden zugegen. — A. machte am 2. Febr. eine 3" lange, hinter dem Ohrläppchen beginnende, in der Richtung des innern Randes des m. sternocleidomast. nach unten sich erstreckende Incision durch Haut, Platysma and fascia cervic. und kam nun auf eine bläulich-rothe Geschwulst, deren nun deutlicher zu fühlende pergamentartige Renitenz den Inhalt einer Flüssigkeit ausser Zweifel setzte. Der Umfang von einem Gänseei und die parenchy-

matöse Blutung der Wundhöhle störten die Exstirpation; der Balg wurde daher eingeschnitten, Grützmasse entleert, der zusammengefallene Balg hervorgezogen, der mit seinem Stiele auf der gemeinschaftlichen Scheide der A. carotis und V. jugul. int. fest sass, von welcher ersteren eine Schicht fortgenommen werden musste, so dass die Carotis frei dalag. Diese Halsgefässe schienen durch die Geschwulst nach innen gedrückt und lagen dicht an der oberen und äusseren Seite des rechten Schilddrüsenhornes, welches ganz normal war. Kein Gefäss war zu unterbinden; die traumatische Reaction war nur in den ersten Tagen bemerkenswert, bis Eiterung in der Wundhöhle entstand. Nach 7 Wochen wurde die Pat. geheilt entlassen.

6. **R. Wilms** (in Annalen des Charité-Krankenh. Jahrgang 5. 1854. S. 270). Cholesteatom von der Grösse eines Gänseeies in der rechten regio submaxillaris bei einem Mädchen von 23 Jahren. Die Geschwulst bestand seit 5 Jahren, hatte in den letzten Jahren bedeutend zugenommen und beträchtliche Beschwerden beim Athmen und Schlingen veranlasst. — Der Sack wurde freigelegt, geöffnet, und der breiige Inhalt mit einem kleinen Steinlöffel entleert. Der Sack erstreckte sich zwischen die Zungenmuskeln und bis in das hinter dem Schlundkopf gelegene Zellgewebe, und war so fest mit den anliegenden Teilen verwachsen, dass er nicht exstirpirt werden konnte. Er füllte sich mit Granulationen und heilte in 5 Wochen bis auf eine kleine fistulöse Oeffnung.

Hieran reihen sich nun die Fälle, die ich in der Litteratur zerstreut gefunden und zusammengetragen habe.

7. **W. Scholz***) Angeborene Halscyste, Versuch der Exstirpation, Abbinden der vorderen Wand, Heilung. Der betreffende Kr., ein österr. Soldat, gab an, er sei bis zu seinem 13. Jahre völlig gesund gewesen, von da an habe sich langsam und schmerzlos in der linken Seite der Unterkiefergegend eine Geschwulst bis zu gleicher Grösse wie die jetzige entwickelt, die auf eine Menge angewendeter Mittel bis zum 18. J. stationär blieb, dann aber wieder vollständig verschwunden sein soll. Im J. 1861 (21. Lebensjahr) kam er zum Militär und kurze Zeit darauf begann an derselben Stelle sich wieder die Geschwulst zu entwickeln deren Ursache Pat. dem Tragen der Cravatte zuschreibt. Schmerzen, sowohl spontan, als bei Druck, hat Pat. nie verspürt, ebensowenig Schling- oder Athembeschwerden.

---

*) Wien. med. Wchnschr. XIII. 39. 40. 1863. refer. in Schmidts Jahrbüch. 122. S. 311—12. 1864.

Bei der Untersuchung des sonst kräftigen, muskulösen, gesund aussehenden Kr. fand man in der linken Seite des Gesichtes und des oberen Halsteiles eine Geschwulst, die unmerklich in die normale Umgebung überging. Sie begann beiläufig $^1/_2$" oberhalb des untern Randes des Unterkiefers, erstreckte sich 1—2" nach abwärts bis etwas unterhalb des Zungenbeins und wurde durch den etwas undeutlichen, aber ohne Verdickung und Auftreibung durchzufühlenden Rand des Unterkiefers in einen kleinern oberen und grössern untern Teil, jedoch ohne scharfe Grenzen abgeteilt. Die grösste Hervorragung zeigte dieselbe im untern Teile in der Unterkinngegend links von der Mittellinie zwischen dem Schildknorpel und dem Unterkiefer. Auch durch die Palpation liess sich keine scharfe Grenze der Geschwulst feststellen; übte man auf die Gegend des Unterkiefers einen Druck aus, so trat die untere Geschwulst deutlicher hervor; drückte man aber auf die untere, am meisten hervorragende Partie, so erschien sie am Masseter deutlicher hervorspringend, so dass es den Anschein hatte, als sei die Geschwulst unter der Haut sehr leicht verschiebbar. Fluctuation konnte trotz der häufigen sehr sorgfältigen Untersuchungen nie mit Sicherheit wahrgenommen werden; man hatte nur den Eindruck einer leichten Verschiebbarkeit oder bedeutenden Elastizität der Geschwulst. Die darüber befindliche Haut war von normaler Färbung und von normaler Temperatur, leicht faltbar. Am oberen Teile konnte man unter der hier ziemlich dicken Haut durchaus kein festes Substrat der Geschwulst entdecken, am unteren Teile liess sich dagegen eine Art lappiges, ziemlich hartes und mit glatter Oberfläche versehenes Gewebe durchfühlen, jedoch gleichfalls keine hintere Grenze bestimmen. Fixirte man sie mit den Fingern, so fielen Schlingbewegungen sehr schwer. Mit der Schilddrüse, die tiefer unten nicht vergrössert durchzufühlen war, stand die Geschwulst in keinem Zusammenhange; die nähere und entferntere Umgebung waren gesund, namentlich die umliegenden Lymphdrüsen nicht geschwollen; von der Mundhöhle aus liess sich nichts abnormes bemerken. Schmerzen gab Pat. weder spontan noch bei Druck an.

Gegen das Vorhandensein eines Lipom sprachen die angeführten Umstände und dass keine cavernöse Geschwulst vorlag, wurde dadurch bewiesen, dass die Geschwulst beim Athemholen nicht kleiner wurde, und bei einer Probepunction nur ein wenig Blut austrat. Es blieb mithin nur die Annahme einer Cyste übrig, deren Exstirpation am 5. Febr. 1862, nach Chloroformirung des Kr. ausgeführt wurde.

Nachdem Sch. die vordere Wand der Cyste, deren

Inhalt sich bei einer kleinen Probeincision als eine dicke fadenziehende gelblich-braune Flüssigkeit erweist, ganz frei präparirt hat, versucht er es diese mit der Scheere abzutragen, um dann die hintere durch Adstringentien und Aetzmittel zur Verödung zu bringen. Allein bei dem ersten Scheerenschnitt tritt eine so kolossale Blutung ein, dass Sch. von dem Vorhaben abstehen muss; er unterbindet nun, nachdem er die Blutung auf der Schnittfläche gestillt hat, die stellenweise 1—1½" dicke, mit einem solchen Gefässreichtum versehene vordere Wand so tief als möglich mit einer 4fachen starken Seidenligatur. An der oberen Seite derselben blieb eine beiläufig sechsergrosse Oeffnung (von dem früheren Schnitte), in die Sch. eine Charpiewike einführte. Gewöhnlicher Verband mit Charpie, Compressen und einem dreieckigen Tuche bei Offenbleiben der ganzen Wunde.

Es folgte der Operation nur 2tägiges Fieber; die Geschwulst der Umgebung war gering, die Secretion, wenn auch übelriechend, doch mässig; zwischen dem 5. und 14. Tage stiessen sich die Gefässligaturen und am 21. Tage die starke Seidenligatur los, nachdem schon früher ein Stück des bereits necrotischen Gewebes mit der Scheere abgetragen worden war. Von nun an heilte die Wunde sehr schnell, so dass Patient am 15. März (33 Tage nach der Operation) entlassen werden konnte. Eine Untersuchung desselben Ende October ergab in der Unterkinngegend nur die 1‴ breite und 1½" lange, etwas weniger vorragende, noch rötlich gefärbte Narbe, unter derselben keine Geschwulst, kein festes, hartes Gewebe.

Was die Natur der Cyste betrifft, so will sie Sch. weniger zu den angeborenen Hygromen (Förster, Schuh) als zu den Kiemengangcysten nach Roser rechnen. Nur in diesem Falle lässt sich das plötzliche Verschwinden der Geschwulst erklären, indem bei nicht vollständigem Verschlusse der inneren Oeffnung des Ganges der Druck der angesammelten Flüssigkeit selbst eine Entleerung derselben veranlassen, nach Wiederverschliessung der Oeffnung aber neue Ansammlung von Flüssigkeit und cystenförmige Ausdehnung des Ganges erfolgen konnte.

8. **J Englisch.***) Ein Fall von Atheromcyste am Halse, beobachtet auf der chir. Abteilung des Prof. Dittel in Wien 1867. Ein 23jähriger, gesunder Mann will zuerst vor ungefähr 6 Jahren hinter dem linken Ohre, an der Insertion des m. sternocleidomast. eine Haselnuss grosse, wenig

*) Wien. Medizin. Presse 1867. S. 765—66.

bewegliche Geschwulst bemerkt haben, die lange Zeit die gleiche Grösse beibehielt, in den letzten Monaten aber sich auffallend vergrösserte. Bei seiner, am 17. Februar 1867 erfolgten Aufnahme fand sich in der Seitengegend des Halses eine mit ihrem 4" langen Längsdurchmesser parallel den Fasern des m. sternocleidomast. verlaufende, 8" breite Geschwulst, welche ungefähr 1" über das Niveau vorragte. Die obere Grenze war die Insertion des m. sternocleidomastoid., die hintere der Vorderrand des m. cucullaris, die vordere zog längs einer Linie, die sich vom Ohrläppchen bis zur Gegend der cartilago cricoidea erstreckte; der m. sternocleidomast. ging straff gespannt über die Geschwulst, welche er in eine kleinere vordere und eine grössere hintere Partie trennte. Die Haut über der Geschwulst, welche nirgends mit der nicht vergrösserten glandula thyreoidea zusammenhing, war vollkommen normal und verschiebbar. Die Ermittlung der Beschaffenheit der Geschwulst war im hinteren Anteile schwer, dagegen im vorderen leicht, und sie zeigte sich gleichmässig gespannt, deutlich fluctuirend, besonders wenn der Kopf etwas nach links geneigt wurde. Die Verschiebbarkeit war immer eine sehr geringe, nach unten ganz unmöglich, und es schien die Verbindung mit den tiefer liegenden Gebilden eine innige zu sein. Die Carotis war nach einwärts gedrängt die v. jugularis ext. post. ausgedehnt und Patient klagte insbesondere bei heftigen Bewegungen über Ohrensausen. Es wurde daher die Diagnose auf eine Cyste gestellt und die Exstirpation derselben vorgenommen.

Bei derselben machte Prof. Dittel, um die Vene zu schonen, einen nahezu mit ihr parallelen Schnitt, etwas nach innen von ihr, trennte das Platysma und das oberflächliche Blatt der Halsfascie durch, um auf den Sack zu gelangen. Derselbe zeigte eine gelbliche Farbe, war dünn und liess keinen Zweifel mehr, dass man es mit einem Atherom zu thun hatte. Da jedoch die Geschwulst zu tief unter den m. sternocleidomast. reichte, die Vene der weiteren Operation hinderlich war, so wurde letztere zwischen 2 Pinzetten gefasst, doppelt unterbunden und durchtrennt, ebenso wurden einzelne Muskelfasern, die sehr auseinandergezerrt waren, quer durchtrennt, um hinlängliche Zugänglichkeit zu schaffen. Die Ausschälung des Sackes war wegen der festen Adhäsionen eine mühevolle, da bei zu grosser Spannung desselben derselbe an einer Stelle einriss. Bei der Untersuchung des seines atheromartigen, stinkenden Inhaltes entleerten Sackes fühlte man nach innen deutlich die Pulsation der Carotis, nach oben den proc. mastoideus und nach hinten die Quer-

fortsätze der Halswirbel. Nachdem die Präparation zum grössten Teile mit Schonung des recurrens glücklich vollendet war, zeigten sich Adhäsionen des Sackes an den Querfortsätzen der Halswirbel besonders fest und es konnte deutlich ein 2‴ dicker Strang bis zum Querfortsatze des Epistropheus verfolgt werden. Nachdem auch dieser abgetrennt worden war, konnte man deutlich bei Untersuchung der Höhle die Gefässe an deren Innenwand pulsiren fühlen, ja es schien dieselbe sogar an dieser Stelle eingebuchtet, während nach oben der proc. styloideus und mastoideus des Schläfenbeins berührt werden konnten, wie nach rückwärts die Querfortsätze der Wirbel. Die Höhle wurde behufs des freien Ausflusses des Eiters bloss mit Charpie ausgefüllt und keine Naht angelegt. Trotzdem im Ganzen der Verlauf der Wunden bei Herrschen der Hospitalgangrän ein minder günstiger war, so erfolgte die Heilung doch ohne jeden Zwischenfall, das Wundfieber begann am Abend des zweiten Tages und dauerte 4 Tage, ohne eine bedeutende Höhe zu erreichen.

Die Diagnose auf Atherom im gegebenen Falle konnte nach Untersuchung des entleerten Inhaltes von keinem Zweifel sein, jedenfalls gehört aber dieser Fall zu den selteneren wegen des tiefen Sitzes desselben. Wenn auch Patient angiebt, dass sich dasselbe zuerst hinter dem Ohre entwickelte, so lässt sich doch bestimmt annehmen, dass die ursprüngliche Entwicklung unter dem m. sternocleidomast. erfolgte, denn es war vom Beginn an wenig verschiebbar und fühlte sich hart an, und dass es unter diesem sich weiterentwickelte, da es sonst nicht leicht einzusehen wäre, warum dessen Fasern so auseinandergezerrt und die Verbindung der Cyste, insbesondere an der Innenwand derselben, mit den unterliegenden Gebilden, vorzüglich den Querfortsätzen der Halswirbel, eine so innige gewesen ist.

9. **F. Busch.***) Von den Atheromcysten wurden 2 mit Erfolg exstirpirt und zwar die eine aus der regio inframaxillaris, die andere aus der regio glutaea. Die 3. war eine apfelgrosse Cyste, welche bei einem 37jährigen Manne in der regio inframaxillaris sass. Es wurde die Punction mit dem troicart ausgeführt und es entleerte sich ein dicker epithelialer Brei. Nach der möglichst vollständigen Entleerung dieses Inhaltes wurden 8 grm Jodtinctur injicirt. Auf die Injection folgte eine ziemlich lebhafte Entzündung,

---

*) Archiv f. klin. Chirurg. Bd. XIII. Statistischer Bericht über das königl. chir. Universitäts-Klinicum zu Berlin für das Jahr 1869 v. Dr. F. Busch.

die bedeckende Haut wurde verdünnt und geröthet, es trat Spontanperforation ein, durch welche sich eine grosse Menge von Eiter, untermischt mit Epithelbrei entleerte. Dann stiess sich der Sack ab und es erfolgte ziemlich schnelle Heilung.

10. **M. Schede***). Ein junger Mensch von 17 Jahren, am 24. Febr. 1870 in der chir. Klinik zu Halle aufgenommen, hatte, früher vollkommen gesund, 2 Jahre vorher zuerst das Entstehen einer kleinen, rundlichen, glatten, schmerzlosen Geschwulst auf der linken Seite des Halses bemerkt, dicht vor dem vorderen Rande des m. sternocleidomastoideus, etwa der Mitte desselben entsprechend. Sie lag unter der Haut und war etwas verschieblich. Da sie gar keine Beschwerden machte, war Anfangs wenig darauf geachtet worden. Allmählich wurde sie aber immer grösser und machte dem Kranken nicht nur durch Entstellung, sondern auch durch eine gewisse Behinderung beim Schlucken ihre Entfernung wünschenswert.

An der angegebenen Stelle, vor und z. T. unter dem linken m. sternocleidomast. findet sich die jetzt fast Gänseei grosse, längsovale Geschwulst. Dieselbe hat im Uebrigen alle oben angegebenen Eigenschaften bewahrt, ist von vollkommen glatter Oberfläche, die Haut darüber durchaus verschiebbar und von normalem Aussehen. Dagegen ist die Beweglichkeit gegen die tieferen Teile eine sehr beschränkte. Die Consistenz ist die einer deutlichen, nicht sehr gespannten Fluctuation. Offenbar handelt es sich um eine Cyste; welcher Art dieselbe aber sei, darüber konnte man sich nur Vermutungen erlauben.

Es wurde nun die Punction mit einem gewöhnlichen Hydrocelentroicart gemacht und etwa 30 grm. einer sehr dicken, rahmähnlichen Flüssigkeit entleert, danach eben so viele gewöhnliche Jodtinctur eingespritzt, die nach kurzem Verweilen in der Cyste wieder herausgezogen wurde. Der Inhalt erwies sich unter dem Mikroskop als bestehend aus lauter grossen, flachen Epithelialzellen in sehr sparsamer Flüssigkeit. Nur wenige der Zellen zeigten ein frisches Aussehen, die meisten waren stark in regressiver Metamorphose begriffen, mehr oder weniger vollgepfropft von Fettkörnchen. Andere waren eine schleimige Umwandlung eingegangen; man sah vollkommen runde, ganz blasse Zellen, denen der Kern fehlte. Bei anderen war er ganz am Rande noch schwach zu sehen, bei wieder anderen war die schleimige Umwandlung auf einen grösseren oder kleineren Abschnitt der Zelle beschränkt geblieben, so dass z. B. die

*) Archiv f. klin. Chirurg. Bd. XIV. S. 1—2.

eine Hälfte durchaus blass und durchsichtig, die andere nur körnig getrübt war und noch den Kern enthielt. Die Grenze bezeichnete häufig eine ganz scharfe, bogenförmige Linie. Noch klarer stellte sich dies Verhältniss durch die Carminfärbung heraus. Nur sehr wenige Zellen nahmen den Farbstoff vollkommen gleichmässig auf; die schleimig entarteten hatten sich gar nicht mit Carmin imbibirt und erschienen als ungemein blasse, in der Farrant'schen Lösung kaum noch sichtbare Kugeln. Andere Zellen waren sehr wenig, andere zur Hälfte gefärbt, während der Rest ganz blass geblieben war. Eine grosse Anzahl endlich hatte zwar noch einen deutlichen Kern, ihre Gestalt war aber mannigfach verändert, sie waren stark geschrumpft, gar nicht gefärbt und offenbar als alte verhornte Zellen zu betrachten.

Auf den Eingriff erfolgte nur eine geringe Reaction; Patient wurde nach 3 Tagen wieder entlassen, jedoch schien schon zu dieser Zeit eine kleine Menge Flüssigkeit sich wieder angesammelt zu haben.

Am 23. März liess sich Patient von neuem in die Klinik aufnehmen. Die Geschwulst war wieder zur alten Grösse gewachsen und man entschloss sich zur Exstirpation. Ein Längsschnitt über die grösste Höhe der Geschwulst längs des vorderen Randes des Kopfnickers legte die Cyste zunächst bloss. Es zeigte sich, dass dieselbe nur sehr lose mit ihrer Umgebung verwachsen war, so dass man sie grösstenteils mit Fingern und Scalpellstiel ausschälen konnte. Sie lag der Scheide der grossen Halsgefässe unmittelbar auf, konnte aber auf unblutige Weise und ohne alle Verletzung derselben davon abgetrennt werden. Nach hinten erstreckte sie sich ziemlich weit in die Tiefe nach dem Pharynx zu, ja ging sogar ein Stück zwischen Pharynx und Luftröhre hinein. Der Balg erschien ungemein fest und derb und war an einzelnen Stellen stark verdickt. Hier erschien er auf dem Durchschnitt von Lymphdrüsen-ähnlichem Bau. Der Inhalt war dünner als früher, ausser den Epithelialzellen fanden sich zahlreiche Blut- und Eiterkörperchen.

Die ganze Operation war unerwartet leicht und unblutig von Statten gegangen. Die Wunde wurde nur am oberen Winkel ein Stück genäht, im Uebrigen offen gelassen und ein geöltes Bourdonnet hineingelegt. Reaction erfolgte fast gar nicht. Am 1. April konnte Patient wieder entlassen werden und war kurze Zeit darauf geheilt. Er blieb danach durchaus gesund.

11. **M. Schede***). Wilhelm B., 15 Jahr alt, bemerkte vor etwa $1^1/_2$ Jahren eine kleine, etwa Haselnuss grosse, rundliche Geschwulst an der vorderen Seite des linken m. sternocleidomast., etwa in dessen Mitte. Dieselbe machte ihm gar keine Beschwerden und Schmerzen und so geschah nichts dagegen. Mit der Zeit wurde die Anschwellung aber bedeutender und fing an, durch ihre Grösse sowie auch durch ihre Entstellung lästig zu werden. Da alle angewandten Pflaster und Salben zu keinem Resultate führten, so liess sich Patient in die Halle'sche Klinik aufnehmen.

Der Knabe ist seinem Alter entsprechend entwickelt, wohl gebildet, gut genährt, sonst gesund. An der angegebenen Stelle findet sich eine anscheinend etwa Hühnerei grosse, längsovale Geschwulst von grösserem senkrechten als queren Durchmesser. Dieselbe ist schmerzlos, von normaler Haut bedeckt, von glatter Oberfläche und bietet ein deutliches Fluctuationsgefühl. Es wurde eine Cystengeschwulst diagnosticirt und die Exstirpation beschlossen.

Ein senkrechter Schnitt über die Höhe der Geschwulst längs des vorderen Randes des m. sternocleidomastoid. legte die dünne Cystenwand bloss. Sie war sehr locker eingebettet und konnte ohne grosse Mühe mit Finger und Scalpellstiel von der Umgebung abgedrängt und total entfernt werden. Sie drang weit in die Tiefe bis auf die Halswirbel, deren Körper und Querfortsätze man nach der Exstirpation deutlich fühlen konnte. Der gemeinsamen Scheide der Jugularis interna und Carotis lag sie unmittelbar auf, war aber mit ihr keine festere Verwachsung eingegangen und leicht auf unblutige Weise zu trennen.

Die Cystenwand war ziemlich dünn, der Inhalt bestand aus dickflüssigem Atherombrei, der bei der mikroskopischen Besichtigung verhornte und verfettete Epidermiszellen zeigte.

Die Wunde wurde nicht genäht, sondern durch ein eingelegtes Charpiebourdonnet offengehalten. Reaction erfolgte sehr wenig. Die Eiterung war sehr gering, die grosse Wundhöhle verkleinerte sich ungemein rasch und Patient konnte schon nach 14 Tagen mit kleiner, oberflächlicher, gut granulirender Wunde entlassen werden.

12. **M Schede** **) Anna Sp., 22 Jahre alt, bemerkte zuerst in ihrem 11. Jahre eine kleine Geschwulst in der linken oberen Halsgegend, dicht vor dem Kopfnicker, die, so viel sie sich besinnt, wenig schmerzhaft war und nach Bestand von etwa einem Jahre nach Anwendung eines Pflasters in wenig Tagen von selbst aufging. Es entleerte sich dünner Eiter und nach ganz kurzer Zeit schloss sich die Wunde.

*) l. c. S. 3.
**) l. c. S. 3—5.

Die Affection wurde für eine Lymphdrüsenvereiterung angesprochen. — Im 17. Jahre bemerkte sie an derselben Stelle eine neue, von Anfang an weiche Geschwulst, die nie Schmerzen verursachte, aber aller Behandlung trotzte und Anfangs langsam, im letzten Jahre aber rascher an Grösse zunahm. Dabei wandelte sich die Anfangs kugelige Gestalt in eine längliche um, und auch der Boden der Mundhöhle wurde im letzten Jahre nach innen hervorgewölbt.

Patientin kam am 24. November 1871 in die chirurgische Klinik. Auf der linken Seite des Halses bemerkt man eine Geschwulst, welche vom proc. mastoideus her und unter dem angulus maxillae hervortretend, sich in der Länge von etwa $2^1/_2$ Zoll längs des unteren Randes des Unterkiefers ausdehnt und in einer Entfernung von etwa 1 Zoll von der Mittellinie des Halses ihr Ende erreicht. Die Ausdehnung von oben nach unten beträgt etwa $1^1/_2$ Zoll. Die Geschwulst ist von normaler, leicht gegen sie verschiebbarer Haut bedeckt, bietet deutlich das Gefühl der Fluctuation, ist mässig stark gespannt und hat eine glatte Oberfläche. Nach innen hat sie den Boden der Mundhöhle nicht unbeträchtlich emporgehoben und ist auch von hier aus deutliche Fluctuation zu constatiren. Irgend erhebliche Beschwerden verursacht sie gar nicht, doch wünscht das junge, sonst blühende Mädchen natürlich der Entstellung wegen dringend von dem Uebel befreit zu werden.

Der Tumor machte durchaus den Eindruck einer Cyste, doch konnte man, da an derselben Stelle schon einmal eine Lymphdrüsen-Entzündung lange bestanden und schliesslich zum Aufbruch geführt hatte, die Möglichkeit, dass es sich auch diesmal wieder um einen kalten Lymphdrüsen-Abscess handle, nicht ganz von der Hand weisen. Auf die Therapie konnte die Unsicherheit der Diagnose von keinem Einfluss sein, jedenfalls musste ein Hautschnitt gemacht werden, um dann entweder den Abscess zu öffnen oder zur Exstirpation der Cyste überzugehen.

Am 27. November wurde ein $2^1/_2$ Zoll langer Hautschnitt über die Höhe der Geschwulst, parallel dem Unterkieferrand und etwa $^1/_2$ Zoll von ihm entfernt, geführt. Derselbe legte zunächst den oberen Teil der plattgedrückten Submaxillardrüse bloss, und erst nachdem dieser mit dem Finger und Scalpellstiel nach unten gedrängt war, kam eine glatte Cystenwand zum Vorschein. Dieselbe konnte nur zum Teil, und zwar vorzugsweise in ihrem oberen Umfang, mit dem Finger von ihrer Umgebung getrennt werden. Man bemerkte dabei, dass die Cyste sich noch weit nach oben und in die Tiefe erstreckte und namentlich am proc. sty-

loideus angeheftet war, von welchem sie indessen gleichfalls mit dem Finger abgedrückt werden konnte. Nach unten hin machten festere Verwachsungen einem weiteren Vorgehen in derselben Weise ein Ende. Die Cyste wurde nun angeschnitten und entleerte einen dicken, sehr fettigen Atherombrei-ähnlichen Inhalt. Während nun ein Assistent mit dem Finger in die Oeffnung hineingriff, und die Cyste hervorzog, konnten die sich anspannenden Gewebsfasern gefahrlos mit der Cooper'schen Scheere durchschnitten werden, indem man sich immer dicht an der Cystenwand hielt und die Spitze der Scheere gegen dieselbe richtete. So gelang es schliesslich, fast ohne alle Blutung (es brauchte nur eine kleine Arterie unterbunden zu werden) die ganze Cyste rein zu entfernen. Mit den grossen Halsgefässen stand sie in keinem Zusammenhang, lag ihnen nicht einmal unmittelbar auf. Der Umstand, dass hier etwas festere Verwachsungen mit der Umgebung gefunden wurden, als in den anderen Fällen, kann wohl mit der früheren Lymphdrüsen-Eiterung in Zusammenhang gebracht werden, zu der vielleicht sogar die damals noch sehr kleine und tief gelegene, daher unbemerkt gebliebene Geschwulst den Anstoss gegeben haben mag.

Die Wunde wurde an beiden Enden ein Stück genäht, Die Mitte offen gelassen und für freien Abfluss der Wundsecrete gesorgt. Die grosse Höhle verkleinerte sich schnell ohne bedeutende Eiterung und Entzündung. Auch die allgemeine Reaction war unerheblich. Am 6. Dezember wurde die Kranke entlassen und als sie sich am 11. Dezember wieder vorstellte, war nur noch ein enger, in der Heilung begriffener Gang vorhanden.

Der Inhalt bestand auch hier wieder lediglich aus jüngeren und älteren grossen, flachen Epithelzellen, die fast durchweg mit zahlreichen Fettkörnchen gefüllt waren.

13. **M. Schede** *) Volkmann exstirpirte ausser den eben erwähnten eine vierte Cyste mit Atherombrei-ähnlichem Inhalt; die Geschwulst war bei einem 18jährigen Manne vor einigen Jahren entstanden, war Gänseei gross, von längsovaler Gestalt und reichte längs des vorderen Randes des rechten m. sternocleidomastoideus und zum Teil von ihm bedeckt, bis nahe zum Jugulum hinab. Sie erstreckte sich nicht sehr weit in die Tiefe, immerhin aber an den grossen Gefässen vorbei, die in ihrer unmittelbarsten Nähe lagen, aber bei der Operation nicht entblösst wurden. Letztere war sehr einfach und leicht und wurde die Ausschälung grösstenteils mit dem Finger bewerkstelligt. Die

*) l. c. S. 19.

Blutung war gleich Null, die Heilung erfolgte in kürzester Zeit.

Der Inhalt war ein sehr dicker Brei, so dass Anfangs an eine verkäste Lymphdrüse gedacht wurde, die Cyste war einkammerig, dünn und glattwandig.

14. **Esmarch***) (Dieser und die drei folgenden Fälle sind als Erklärungen zu den an der citirten Stelle gegebenen Abbildungen beigefügt.) Mannsfaust grosse, schmerzhafte Atheromcyste der rechten Halsseite bei einem 22jährigen Mädchen (Katharina M.), seit $2^1/_4$ Jahren entstanden, Anfangs langsam, in letzter Zeit rapider gewachsen und sehr schmerzhaft geworden. Am 16. Mai 1858 Punction und Entleerung von ca. 300 Gramm einer eiterähnlichen gelblichtrüben Flüssigkeit, in welcher das Mikroskop Epithelien und Eiterkörperchen nachweist. Injection von Lugol'scher Jodlösung. — Nach 14 Tagen Wiederholung der Punction und Jodinjection nach vorheriger gründlicher Ausspülung der Cyste. Darnach allmähliche Verschrumpfung der Geschwulst bis zum völligen Verschwinden nach Verlauf eines Jahres.

15. **Esmarch**.**) Hühnerei grosse, schlaffe Cyste in der rechten Submaxillargegend bei einem 5jährigen Knaben (Friedrich W.), seit 3 Jahren, erst langsam, in letzter Zeit rascher gewachsen. Am 24. August 1868 zur Feststellung der Diagnose, Punction und Entleerung von einer ca. 30 Gramm braunen, trüben Flüssigkeit, welche viel Plattenepithel und Cholestearin enthält. Am 4. November wird die Cyste, die sich bald wieder gefüllt hatte, aufs Neue punctirt, und dieselbe Quantität einer bräunlichen klaren Flüssigkeit entleert, welche diesmal viel weniger Epithel und Cholestearin enthält, als zuvor. Darnach Injection von Jodlösung. Am 9. November ist die Geschwulst bedeutend kleiner und härter geworden, weshalb Pat. entlassen wird. Am 30. November wird Pat, wiedergebracht, weil sich die Cyste wieder gefüllt hat und grösser geworden ist, als zuvor. Die Punction entleert eine röthliche Flüssigkeit, welche ausser zahlreichen Blutkörperchen keine Formelemente enthält. Der Sack wird wiederholt mit carbolisirtem Wasser ausgespült und darauf Lugol'sche Lösung eingespritzt, welche 10 Minuten darin bleibt. Am 3. Tage war die Cyste wieder stark gefüllt, am 6. Tage hatte sie sich schon sichtbar verkleinert. Nach einem halben Jahre wird

---

*) Archiv für klinische Chirurg. Bd. XIX. S. 226.
**) l. c. S. 226.

das Kind wieder vorgestellt. Von der Cyste war keine Spur mehr zu fühlen.

16. **Esmarch**.*) Gänseei grosse Atheromcyste in der rechten oberen seitlichen Halsgegend, bei einem 20jährigen Mann (Carl S.), seit $^5/_4$ Jahren allmählich gewachsen. Am 3. März 1873 Punction, Entleerung einer gelblichen mit weisslichen, bröckligen Massen vermischten Flüssigkeit, welche reichliche Epithelzellen enthält. Nach wiederholter Ausspülung mit Carbolwasser wird die Jodinjection gemacht. Als sich Pat. am 24. April (nach 8 Wochen) wieder vorstellt ist die Geschwulst verschwunden.

17. **Esmarch** **) Schwanenei grosse Atheromcyste der rechten Halsseite, bei einem 28jährigen Mann (Friedrich G.), seit einem Jahre allmählich entstanden. Am 1. Mai 1874 erste Punction, Ausspülung und Jodinjection. Am 12. Mai Wiederholung derselben Prozedur. Am 13. Mai ist die Cyste fast ganz verschwunden. Nach einem halben Jahre schickt der Pat. seine Photographie mit der Nachricht, dass von der Geschwulst nichts mehr zu fühlen sei.

18. **A. Bidder**.***) Therese Hauer, 25 Jahre alt, früher immer gesund, bemerkte zuerst in ihrem 12. Lebensjahre am Halse dicht über dem sternum eine kleine Geschwulst. Dieselbe schien lange von unveränderter Grösse zu bleiben und wuchs erst mit dem Eintritte der ersten Menstruation im 18. Lebensjahre allmählich stärker. Im letzten Jahre soll der Umfang der Geschwulst schneller als bisher zugenommen haben. Das flösste nun dem jungen Mädchen, obgleich der Tumor gar keine Beschwerde verursachte, Besorgniss ein, und sie consultirte daher in Dijon, ihrem damaligen Aufenthaltsorte einen Arzt, welcher das Leiden für recht gefährlich hielt und ihr rieth, sich zum Zwecke einer Operation lieber in ihre Heimath nach Mannheim zu begeben. Mitte März 1876 stellte sie sich B. vor.

Patientin, welche sich mit Nähen und Putzarbeiten beschäftigt, ist ein im Uebrigen wohlgebautes, blühend aussehendes, gesundes Mädchen. Die Grube zwischen der incisura semilunaris sterni und den Ursprungsportionen der mm. sternocleidomastoidei existirt nicht; an ihrer Stelle wird im Gegenteil die Haut flach, halbkugelförmig vorgewölbt durch eine Geschwulst, welche zugleich noch den obersten Teil des manubrium sterni und die Sternoclaviculargelenke bedeckt. Die Wölbung misst in der Richtung

*) l. c. S. 226.
**) l. c. S. 227.
***) Archiv für klinische Chirurg. Bd. XX. S. 434—37.

von oben nach unten 6 cm., von rechts nach links 70 cm. Die Haut ist über dem Tumor leicht verschieblich und nicht verändert. Er selbst zeigt sich bei der Palpation als ganz unempfindlich, überall gleichförmig weich-elastisch und bietet, um es kurz zu sagen, das Gefühl eines dünnwandigen, mit mehr oder weniger flüssigem Inhalte erfüllten Hohlraumes dar. Die Geschwulst sitzt, wie gesagt, gerade in der Mittellinie, halb über halb unter und vor der incisura semilunaris sterni. Die letztere, sowie die beiden Sternoclaviculargelenke kann man deutlich und scharf als ganz normal fühlen, wenn man mit den untergeschobenen Fingerspitzen die untere Peripherie der Geschwulst nach oben drängt. Geht man andererseits oberhalb derselben mit den Fingerspitzen ein, so lässt sie sich etwas nach unten drängen, man erkennt dabei aber auch, dass sie mehr oder weniger aus der Tiefe hinter der Incisur emporsteigt.

Bei der Probepunction mit der Pravaz'schen Spritze liess sich beim Aufziehen des Stempels nichts in den Glascylinder ansaugen; man hätte daher daran denken können, dass dennoch ein solider Tumor vorliege, wenn nicht nach Entfernung der Nadel sich aus der letzteren doch hätte eine minimale Quantität einer gelblich dicken Masse ausblasen lassen. Der Inhalt der Cyste war also zu dickflüssig um das enge Lumen der Nadel vollständig passiren zu können. Das durch letztere aber hervorgeholte Körnchen des Inhaltes erwies sich als aus massenhaften Epithelschollen und Fettdetritus bestehend. Es war somit über allen Zweifel erhaben, dass der Tumor eine tiefe Atheromcyste vorstellte.

Am 28. März 1876 nahm B. die Entleerung und Behandlung nach Esmarch's Vorschrift vor. Zunächst fixirte er die Cyste und spannte ihre Wand dadurch, dass er mit den Fingerspitzen hinter dieselbe in's Jugulum eindrang und sie nach vorne und abwärts drängte. Darauf stiess er einen Hydrocelentroicart ein. Selbst durch den weiten Kanal dieses entleerte sich nach Entfernung des Stachels nichts, auch nicht beim Druck auf die Cystenwand. Der Inhalt musste daher vor allen Dingen verdünnt werden, was B. dadurch erreichte, dass er 1% Carbollösung in die Cyste spritzte, bis sie prall gespannt war. Jetzt entleerten sich auf Druck die injicirte Flüssigkeit und gelbliche, käsigfettige Massen, welche sich in langen Würsten aus der Röhre hinauswanden. Oft wiederholte Injectionen förderten nun ganz allmählich grosse Mengen (gewiss eine Handvoll) des Inhaltes zu Tage. Das ging aber so langsam und war so mühsam, dass eine ganze Stunde darüber verstrich und 400 Gramm der Injectionsflüssigkeit verbraucht waren, ehe man

annehmen konnte, dass der Inhalt fast vollständig entleert sei. Einige Reste mögen zurückgeblieben sein, da auch die zuletzt ausgespritzte Portion der Lösung nicht ganz rein, sondern mit einzelnen kleinen Bröckeln gemischt abfloss. Durch das viele Drücken und Kneten war die Haut über der Geschwulst hochroth und sehr empfindlich geworden. Bei den Manipulationen stiess das freie Ende der Troicartcanule auch öfters an die gegenüberstehenden Cystenwände und verletzte offenbar dieselben, was sich durch Ausfliessen einiger Tropfen Blut documentirte.

Endlich injicirte B. noch 15 Gramm Lugol'scher Lösung trieb sie gehörig in der entleerten Cyste umher und liess sie dann nach einigen Minuten wieder ablaufen. Darauf verklebte er die Stichwunde mit Heftpflaster und applizirte einen einfachen Druckverband.

Einige Partikel des breiigen Cysteninhaltes wurden schliesslich unter das Mikroskop gebracht; sie bestanden ebenfalls, wie schon die erste Probe zeigte aus mattglänzenden, glatten Epithelien und Schollen, an denen man Kerne nicht erkennen konnte, und die von reichlichen Mengen von Fettkörnchen und Detritusmassen umgeben waren. Cholestearintafeln oder irgendwelche andere Beimengungen z. B. Haare waren nicht zu finden.

Die Heilung ging nun schnell vorwärts. Am anderen Tage war die malträtirte und hyperämische Haut wieder blass geworden; die ganze Gegend ist nur wenig geschwollen, aber auf Fingerdruck recht empfindlich. In den nächsten Tagen bildete sich an der Einstichsstelle eine kleine Fistel, aus welcher etwas bräunliche Flüssigkeit aussickerte. Vom Tumor nichts zu bemerken. Am 12. April, als sich die Pat. B. wieder vorstellte, zeigt sich die leichte Schwellung ganz verschwunden, die kleine Oeffnung völlig vernarbt. Eine Ansammlung von Flüssigkeit im alten Sacke ist nicht vorhanden; beim sorgfältigsten Abtasten kann man von demselben, also der Cystenwand, nichts durchfühlen. Die ganze Gegend hat ein ganz normales Aussehen. Die Stichnarbe befindet sich gerade über dem linken Sternoclaviculargelenk.

Schliesslich füge ich noch 3 Fälle bei, die der Verf. A. Bryck, als „sublinguale Atherome" bezeichnet, die indessen doch wohl eher zu den Dermoidcysten gerechnet werden müssen.

19. **A. Bryck**.*) Ein 35 Jahre alter gesunder Landmann wurde wegen einer Halsgeschwulst am 11. No-

*) Wien. medizin. Wochenschr. 1864. S. 337—39.

vember 1861 in die chirurgische Klinik zu Krakau aufgenommen.

Der nahezu Mannsfaust grosse Tumor füllte die ganze Mundhöhle aus, reichte nach oben bis an den harten Gaumen, nach rückwärts bis zur Basis der Zunge, deren Spitze unter dem Gaumengewölbe zu sehen war, drängte unter dem Mittelstücke der Kinnlade herabsteigend die untere Wand der Mundhöhle bis zum Zungenbein hinab und begrenzte sich von da in einer leicht geschweiften, nach hinten und aufwärts verlaufenden Linie an jeder Seite des Unterkieferwinkels. Bei der gleichmässigen Abrundung sowohl im Mund- als Halsteile liess sich nirgends eine Abschnürung entdecken und bildeten beide sowohl bei activen als passiven Bewegungen eine kontinuirliche, weich-elastische Geschwulst, welche in der Mundhöhle mit einer dunkel geröteten, verdickten, hie und da mit sich abschilferndem Epithel versehenen Schleimhaut, am Halse dagegen mit einer normal beschaffenen, leicht zu faltenden Haut bedeckt war, und ein undeutliches Gefühl der Fluctuation verrieth. Bei Schlingbewegungen war der Tumor offenbar praller und gespannter und traten dann zu beiden Seiten an dem Unterkieferwinkel die etwas vergrösserten Unterkieferdrüsen als flache jedoch deutlich umschriebene Prominenzen hervor, zu welchen man jederseits durch den etwas erweiterten, am unteren Umfang des Mundanteils der Geschwulst verlaufenden $3^1/_2$“ langen ductus Whartonianus mittelst einer Sonde gelangen konnte. Mit Ausnahme einer undeutlichen Sprache und erschwerter Mastikation empfand der Kranke keine anderen Beschwerden; auch war das Athmen nicht gehindert.

Nach seiner Angabe bestand die Geschwulst seit ca. 15 Jahren, und soll mit einer Anschwellung am rechten Unterkieferwinkel begonnen haben, welche allmählich bis zur gegenwärtigen Grösse gediehen war, ohne dass das Allgemeinbefinden in irgend einer Weise dabei gelitten hätte. Es unterlag keinem Zweifel, dass die Geschwulst am Boden der Mundhöhle sich entwickelt und die muskulösen Schichten bei weiterem Wachstume nach abwärts verdrängt habe, obgleich sich die Angaben mit der gleichmässigen Vortreibung der regio submaxillaris nicht gut in Einklang bringen liessen. Auch in Betreff der cystoiden Beschaffenheit derselben konnten keine Zweifel erhoben und bei vollständiger Permeabilität der Ausführungsgänge der Unterkieferdrüsen, wie auch ungehinderter Speichelentleerung aus denselben von vorneherein die Existenz einer Speichelcyste des ductus Whartonianus ausgeschlossen werden. Zwar war immer die Möglichkeit einer solchen Erkrankung der Sublingualdrüsen

in Folge Verschliessung ihrer Ausführungskanäle denkbar, allein dagegen sprach ausser der Grösse noch die symmetrische Lage der Geschwulst in der Mitte des Bodens der Mundhöhle, und entschied die am 23. November vorgenommene Explorativpunction, durch welche keine Flüssigkeit entleert, dagegen aus der Kanüle ein aus Epidermiszellen und Fett zusammengesetzter Brei zu Tage gefördert wurde. Der Kranke entfernte sich an diesem Tage wegen Familienangelegenheiten nach Hause, kehrte aber schon am 25. zurück, indem er über Spannung in der Geschwulst, Erschwerung der Deglutition und Sprache bereits am ersten Tage nach dem Einstich zu klagen anfing, bei der Wiederaufnahme in die Klinik in hochgradiger Dyspnoe, ausgeprägter Cyanose des Antlitzes und Unmöglichkeit selbst Flüssigkeiten zu schlingen gelitten hat. Die Geschwulst hatte nun nahezu ein dreifaches Volumen erreicht, sie verdeckte die Zunge ganz und war an den harten Gaumen dermassen angepresst, dass es schwer ging neben ihr einen Spatel nach rückwärts vorzuschieben; nach unten reichte sie bis zum Kehlkopf und trieb die Oberzungenbeingegend in Gestalt eines Kindskopfes hervor. Die Halshaut war gespannt, glänzend und in der Umgebung der Einstichstelle gerötet, der Tumor bei Berührung in hohem Grade empfindlich.

Durch einen von der Mitte des Kinns über die grösste Wölbung der regio submaxillaris geführten etwa 6—7“ langen Hautschnitt wurden die vorderen Bäuche der mm. digastrici entblösst, zwischen ihnen nach Spaltung der mm. mylohyoidei in die Tiefe eingedrungen und die sehnig glänzende Umhüllung des Balges freigelegt, welcher nach vorläufiger Entleerung seines Inhaltes (etwa 2 Pfund eines zähflüssigen gelblichen Breies) mit der Hakenzange gefasst und teils mit dem Finger, teils mit dem Scalpellhefte ausgeschält wurde. Der weitere Verlauf bot nichts bemerkenswertes dar, die Höhle füllte sich rasch mit Granulationen aus, so dass der Pat. 18 Tage nach der Operation mit einer 2“ langen, oberflächlich eiternden Wunde entlassen werden konnte, welche bald vernarbte, wie wir uns durch wiederholte Besichtigung derselben zu überzeugen Gelegenheit hatten.

Der schmierige, weissgelbliche Inhalt der Cyste bestand, wie schon erwähnt wurde, aus Epidermiszellen und körnigem Detritus; Cholestearinkrystalle waren nicht aufzufinden. Die Cyste selbst zeigte im frischen Zustande deutlich drei grössere Ausbuchtungen; eine davon war gegen die Zungenwurzel nach hinten gerichtet, die beiden anderen entsprachen dem Boden der Mundhöhle; ausserdem fand man

an verschiedenen Stellen der Wandung teils seichtere, teils tiefere Krypten, die entweder frei in die gemeinsame Höhle ausmündeten, oder durch strangförmige Balken davon getrennt waren. Die innere Oberfläche des Balges war mit einer dicken gerunzelten Epidermis überzogen und im Bereiche der grossen Divertikel mit livid gefärbten, linsen- bis erbsengrossen Höckern und Zotten bedeckt. Diese Knoten liessen sich nicht ausschälen und bildeten einen integrirenden Bestandteil der Balgwandung, welche an einigen wenigen Stellen durchscheinend war, meist aber eine Dicke von 2—4" erreichte. Zahlreiche Wollhaare mitunter von der Länge 1" sprossten sowohl aus der warzigen als auch der glatten Oberfläche hervor und liessen sich an betreffenden Stellen durch das Mikroskop die Attribute des Haarbalgs und in denselben einmündenden Talgfollikeln ohne Schwierigkeit nachweisen.

20. **A. Bryck.***) Ein Knabe von 2 Jahren wurde mit einer Geschwulst am Boden der Mundhöhle am 9. Mai 1862 im Krakauer Ambulatorium vorgestellt. Dieselbe soll, nach Angabe der Mutter, seit der Geburt bestanden, damals die Grösse einer Kirsche gehabt haben und zu beiden Seiten des frenulum unterhalb der Zunge befindlich gewesen sein. Das Kind, welches in den ersten Monaten sehr schwächlich war und an Erbrechen und Durchfall gelitten hat, schien dadurch im Saugen und Schlingen wenig belästigt zu werden. Gegenwärtig erreichte die Geschwulst die Grösse eines Hühnereies, füllte die Mundhöhle gleichmässig zu beiden Seiten unterhalb der Zunge aus, ohne jedoch deren Boden nach abwärts zu wölben, und war dem Kauen sowie der Deutlichkeit der Sprache hinderlich. Die Unterzungendrüsen deutlich ausgesprochen, die Wharton'schen Gänge für eine feine Knopfsonde durchgängig, die Unterkiefer- sowie die Lymphdrüsen des Halses normal beschaffen. Eine sogleich vorgenommene Explorativpunction liess keinen Zweifel über die stheromatöse Beschaffenheit der Geschwulst übrig, da das Contentum aus Epidermiszellen, Fettkörnchen und Cholestearinkrystallen zusammengesetzt war. Am folgenden Tage wurde seitlich ein Einschnitt in die Geschwulst gemacht, auf der gegenüberliegenden Seite eine Oeffnung angelegt und durch beide ein Silberdraht durchgezogen, dessen beide Enden zusammengedreht wurden, sodass ein Ring entstand, dessen eine Hälfte in die Geschwulsthöhle zu liegen kam. Nach Entleerung des Inhaltes und Reinigung der Cyste wurde Jodtinctur eingespritzt und die Injection jeden zweiten

*) Wien. medizin. Wochenschr. 1864. S. 357.

Tag wiederholt. Die Reaction war unbedeutend; in den ersten Tagen erschien die Geschwulst fest und hart, nach dem Eintritt einer mässigen Eiterung wurde sie weicher und fing an sich zu verkleinern. Gegen das Ende der dritten Woche wurde der Metalldraht entfernt und die gut granulirenden Wunden durch mehrmalige Aetzung mit Höllenstein zur Vernarbung gebracht. Längere Zeit blieb noch eine flache Härte am Boden der Mundhöhle zurück, welche allmälich verschwand und vollständige Genesung sich einstellte, wie sich zu überzeugen seither Gelegenheit da war.

21. **A. Bryck**.*) Eine ähnliche Bildung wurde bei einem $2^1/_2$ Jahre alten Knaben gefunden, der sich in der ambulatorischen Klinik zu Krakau im Oktober 1863 vorstellte, und bei welchem der Tumor nach Angabe der Mutter gleichfalls seit der Geburt bestanden haben soll. Er fluctuirte deutlich, hatte eine schmutzig graue Farbe und füllte die Zunge gegen das Gaumengewölbe emporhebend die Mundhöhle zu beiden Seiten gleichmässig, wobei auch der Boden der letzteren nach abwärts gedrängt wurde, so dass eine deutliche Prominenz unter dem Kinne sichtbar ward. Die Speicheldrüsen daselbst normal beschaffen, die Wharton'schen Gänge offen. Auch hier ergab die Explorativpunction dieselben Bestandteile des atheromatösen Breies, wie im vorhergehenden Falle. Ein weiterer operativer Eingriff wurde von den Eltern des Kindes nicht gestattet, welches Br. nicht mehr zu Gesichte bekam und er daher auch über die weiteren Schicksale nicht berichten kann.

*) l. c. S. 357.

Soest, Nasse'sche Buchdruckerei.